

1 例嗜铬细胞瘤患者的药学监护

杨婧, 杨辉, 刘丽宏*

(首都医科大学附属北京朝阳医院 药事部, 北京 100020)

【摘要】 目的: 探讨临床药师在嗜铬细胞瘤患者药物治疗中的作用。方法: 临床药师对1例嗜铬细胞瘤患者在住院期间进行药学查房、药学监护及患者教育, 积极参与患者个体化方案制定, 规范医师用药问题, 密切关注疗效与不良反应, 为患者提供较为完善的药学服务。结果: 在医师与临床药师共同协作下, 患者好转出院。结论: 临床药师积极参与药物治疗方案制定是促进临床用药的有效途径。

【关键词】 临床药师; 嗜铬细胞瘤; 药学监护

【中图分类号】 R969.3

【文献标志码】 A

【文章编号】 1672-3384(2017)08-0069-03

doi:10.3969/j.issn.1672-3384.2017.08.018

Pharmaceutical care for one patient with pheochromocytoma

YANG Jing, YANG Hui, LIU Li-hong*

(Department of Pharmacy, Beijing Chaoyang Hospital, Capital Medical University, Beijing 100020, China)

【Abstract】 Objective: To explore the role of clinical pharmacists in the treatment of patients with pheochromocytoma. **Methods:** The clinical pharmacist conducted pharmaceutical care, pharmaceutical rounds and pharmaceutical education for one pheochromocytoma patient, standardized the medication practice of physicians, and paid close attention to the curative effect and adverse reactions in order to provide better pharmaceutical services for the patient. **Results:** The physicians adopted the suggestions of the clinical pharmacist. The patient got better and was discharged. **Conclusion:** Active participation of clinical pharmacists in the optimization of drug treatment regimens is an effective way to assist physicians in the achievement of rational drug use.

【Key words】 clinical pharmacists; pheochromocytoma; pharmaceutical care

嗜铬细胞瘤(pheochromocytoma, PCC)是肾上腺髓质的肿瘤, 其主要通过合成和分泌大量儿茶酚胺造成患者血压升高, 引起心、脑、肾等重要脏器受累。外科手术治疗虽然有效, 但危险性大。没有充分的术前准备, 如未使用 α -受体阻滞剂, 手术病死率可达30%; 而经过充分术前准备后病死率可低于1%^[1]。由此可见, 充分的术前准备对于嗜铬细胞瘤的治疗很有必要。本文拟通过临床药师参与1例嗜铬细胞瘤患者的药物治疗方案制定及不良反应监护, 探讨临床药师的价值。

1 病例资料

1.1 基本信息

患者, 女, 53岁, 身高153cm, 体重52kg。于2017年4月因“左肾上腺区实性占位”入院。既往无高血压病史。入院30d前出现血压升高, 最高可达203/118 mmHg, 未规律服药; 此后血压多在160/100 mmHg以上。

入院查体: 体温36.3℃, 心率99次·min⁻¹, 血压124/68 mmHg; 无明显肥胖痤疮、情绪异常、多饮、多尿、多食, 有血压升高、头晕、心悸等不适; 超声提示: 左肾上腺区实性占位。入院诊断: ①嗜铬细胞瘤; ②高血压。

1.2 治疗过程

确诊为PCC后应尽早进行手术, 但术前必须进行充分的准备, 避免术中、术后出现血压波动,

[收稿日期] 2017-06-07

[作者简介] 杨婧, 女, 硕士研究生; 研究方向: 临床药学; Tel: (010)85231077; E-mail: 734652507@qq.com

[通讯作者] *刘丽宏, 女, 主任药师, 博士生导师; 研究方向: 临床药学; Tel: (010)85231077; E-mail: liulihong@bjcyh.com

危及患者生命。术前准备主要包括控制血压、纠正心律失常、充分扩容。

患者入院后,医师认为其心率较快,将初始降压方案定为酚苄明 10 mg, *po*, bid 联合酒石酸美托洛尔片 12.5 mg, *po*, bid。临床药师根据相关文献^[2],建议医师仅使用酚苄明 10 mg, *po*, bid 降压;另外,为防止肿瘤切除后发生血压大范围波动,建议在降压治疗的同时给予扩容治疗,每日液体量约 2 000~2 500 mL。用药 5 d 后,患者心率 103 次·min⁻¹,临床药师认为此时可加用酒石酸美托洛尔片 12.5 mg, *po*, bid;若患者心率继续升高,大于 110 次·min⁻¹且出现明显不适时,可将剂量调整为 25 mg, *po*, bid。用药 15 d 后,患者拟 10 d 后行腹腔镜下肾上腺肿物切除术,酒石酸美托洛尔片已在确定手术 3 d 前增加至 25 mg, *po*, bid,血压近日控制在 130/80~140/90 mmHg,无体位性血压波动,且心率控制在 90 次·min⁻¹左右。

手术当日,医师评估后认为患者可进行手术,且术中生命体征正常。术后第 1 天,患者仅使用酒石酸美托洛尔片控制血压、心率,血压 131/95 mmHg,心率 88 次·min⁻¹。术后患者血小板进行性下降,术后第 4 天,血小板计数 $93 \times 10^9 \cdot L^{-1}$;通过各项检查排除出血、感染等情况,临床药师通过药学问诊发现,患者术后自行服用阿司匹林,考虑与此药有关,建议停用阿司匹林。术后第 7 天,患者血小板计数 $113 \times 10^9 \cdot L^{-1}$,血压 128/90 mmHg,心率 74 次·min⁻¹,临床药师建议将酒石酸美托洛尔片用量调整为 12.5 mg, *po*, bid,医师采纳。术后第 9 天,患者出院。患者心率、血压变化情况见图 1。

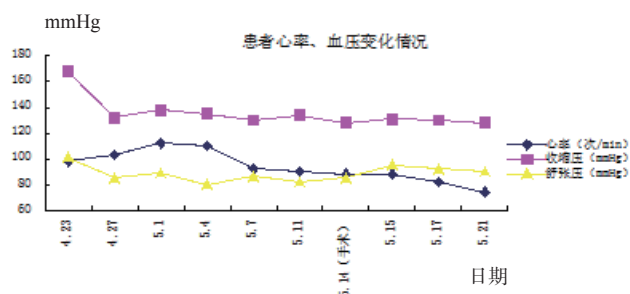


图1 患者心率、血压变化情况

2 用药分析及药学监护点

2.1 嗜铬细胞瘤术前准备

2.1.1 扩容 长期大量释放儿茶酚胺造成嗜铬细胞

瘤患者血容量不足,术前给予补液治疗以扩充血容量可有效避免术中可能出现的危险;术前准备一般为 2~4 周,待患者血压控制正常、血容量恢复、代谢异常改善后方可进行手术。根据医师临床经验并查阅相关文献^[2-4],选择右旋糖酐注射液、葡萄糖氯化钠注射液等扩容,每日补液量 2 000~2 500 mL,共 23 d。

2.1.2 控制血压 嗜铬细胞瘤患者体内会阶段性或持续性分泌大量儿茶酚胺,引起血压大范围波动。手术过程中若触碰或挤压肿瘤,瘤体内儿茶酚胺大量释放,则会造成高血压危象。因此术前需使用肾上腺受体阻滞剂缓慢降压,减少术中并发症。酚苄明为非选择性 α -受体阻断剂,阻断儿茶酚胺对于外周血管的收缩效应,扩张微循环血管,避免术中发生难治性休克,术前一般给予至少 2~4 周^[2]。该患者入院前 30 余天出现血压升高,入院时虽无高血压表现,但为避免住院期间出现血压波动,临床药师建议服用酚苄明 10 mg, *po*, bid。在院期间患者血压控制在 130/80~140/90 mmHg,服药 23 d 后进行手术,术中未出现高血压危象,说明术前降压准备充足。术后患者血压 131/95 mmHg,较术前明显好转,不必继续使用酚苄明,故停用。

2.1.3 纠正心律失常 对于嗜铬细胞瘤患者而言,绝对禁止在未服用 α -受体阻滞剂前服用 β -受体阻滞剂,因其可能会引起急性肺水肿或左心衰^[5];一般在服药至少 3~4 d 后再加用 β -受体阻滞剂。该患者入院时心率较快,但临床药师为避免更严重的并发症,故建议先服用酚苄明降压。5 d 后患者心率未下降,临床药师认为此时加用 β -受体阻滞剂较为安全。通过药学问诊了解到患者入院前曾服用过酒石酸美托洛尔片,且服药后心率可维持在 80~90 次·min⁻¹。因美托洛尔存在药物基因多态性^[6],个体差异较大,患者既往有用药史且效果良好,故选择本药 12.5 mg, *po*, bid 降心率,医师采纳。服药过程中,患者因原发病心率多次出现 >100 次·min⁻¹,故将药物剂量增加至 25 mg, *po*, bid,调整后心率维持在 90 次·min⁻¹左右;术后患者心率在 70~80 次·min⁻¹,血压 128/90 mmHg,故将酒石酸美托洛尔片剂量再次调整为 12.5 mg, *po*, bid。

2.2 抗血小板药物的不良反应处理

患者既往无心脏性疾病,因听闻阿司匹林对于老年患者有益,故自行服用,服药 4 d 后出现血小

板计数降低。虽然阿司匹林引起的血小板减少比较少见,但其作为半抗原药物,与血小板结合后可与药物抗体发生作用,从而破坏血小板;另外阿司匹林抑制前列环素合成,使血小板环聚酶发生不可逆的乙酰化。临床药师考虑这些相关机制极大可能会导致血小板降低,且已有相关报道证明^[7-8];考虑患者当时并无出血、感染等可能引起血小板计数降低的并发症,故建议停用阿司匹林,医生采纳。停药3 d后,患者血小板计数回升,心内科会诊认为患者目前情况无需使用阿司匹林。

2.3 患者用药教育

患者教育也是临床药师进行药学服务的重要内容。患者出院后需注意以下几点:①监测血压、心率变化。体位发生改变时(如卧床后起身),可先坐在床边一段时间,避免出现体位性低血压。②注意复查血常规,尤其需关注血小板计数。③定期复查肿瘤预后,防止复发。

3 讨论

PCC是一种罕见的内分泌疾病,术前严格控制血压,纠正心律失常,扩容对降低术中风险很有必要。术前常规可用选择性 α_1 -受体阻滞剂或非选择性 α -受体阻滞剂控制血压,一般服药2~4周;若血压控制不佳,可联合钙通道阻滞剂。若患者服药后出现心动过速,可在降压治疗3~4 d后加用 β -受体阻滞剂,但切忌在治疗一开始(服用 α -受体阻滞剂前)使用,防止出现急性肺水肿或左心衰^[2]。

术前准备一般为2~4周,对于难治性高血压并伴有严重并发症的患者,可适当延长。

4 小结

临床药师参与了患者的术前药物治疗方案制订,并根据患者每日病情发展、不良反应等及时调整用药方案,促进个体化合理用药;在患者出院时进行患者教育,提高依从性的同时为患者解答用药问题。在整个药学监护的过程中,获得了医师的肯定,体现了临床药师的价值。

【参考文献】

- [1] Singh G, Kam P. An overview of anesthetic issues in pheochromocytoma [J]. Ann Acad Med Singapore, 1998, 27(6):843-848.
- [2] 陈兵, 窦京涛, 蒋怡然, 等. 嗜铬细胞瘤和副神经节瘤诊断治疗的专家共识 [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2016, 32(3):181-187.
- [3] 覃斌, 黄向华, 董彤, 等. 嗜铬细胞瘤围手术期处理的临床分析 (附19例报告) [J]. 现代泌尿外科杂志, 2006, 11(1): 41.
- [4] 杨占斌, 汪小明, 张新华, 等. 嗜铬细胞瘤患者的手术前准备 (附120例报告) [J]. 广西医科大学学报, 2009, 26(1): 138-139.
- [5] Lenders J W, Duh Q Y, Eisenhofer G, et al. Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guideline [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2014, 99 (6): 1915-1942.
- [6] 徐承华, 杨玉雯, 曹薇. β_1 肾上腺素受体与 CYP2D6 基因多态性对美托洛尔抗高血压治疗的影响 [J]. 中国临床药理学与治疗学, 2011, 16(12): 1414-1418.
- [7] 臧璞, 胡建强, 秦永文. 短期口服阿司匹林导致血小板减少一例 [J]. 实用药物与临床, 2010, 13(1): 9.
- [8] 蒋楠. 口服阿司匹林致血小板减少1例 [J]. 中国实用医药, 2012, 7(21): 198.